

紹介元医療機関 → 公立西知多総合病院

【公立西知多総合病院 紹介患者用】

MRI 検査同意書

1. 以下の①から③に該当する方は、MRI検査を受けることができません。

- ①体内にペースメーカーや埋め込み型除細動器、またはV-Pシャント・L-Pシャント及び人工耳小骨のある方。
 ②金属がMRI対応の材質であることを確認できない場合。
 (ただし、手術を受けられた病院で許可を受けて確認ができた場合や、当院で当該科の医師が確認し、可能な場合はMRI検査を受けることができます。)
 ③妊娠している方、又は妊娠の可能性のある方。

2. MRI検査を安全に受けさせていただくために、次の問い合わせにお答えください。(○をつけてください)

(回答に『はい』がある場合、検査ができない場合もあります。)

- ①手術などで、体内に金属が入っていますか。 (　はい　・　いいえ　)

「はい」と答えた方は、手術を行った医療機関に確認しましたか。どこに入っていますか。

・いつ頃、どこの医療機関：

・どこの部位：

- ②狭いところに入るのが怖いなどの閉所恐怖症がありますか。 (　はい　・　いいえ　)

- ③永久的なイレズミがありますか。(火傷や絆が崩れる可能性があります。) (　はい　・　いいえ　)

- ④ニトログリセリン真皮浸透絆創膏を貼っていますか。(ニトロダームなど) (　はい　・　いいえ　)

3. 正確なMRI検査を行うために、現在の体重を記入してください

kg

上記の問診をした結果、MRI検査を依頼します。

令和 年 月 日

紹介元医療機関名

紹介元医師名

MRI検査の同意書

私はMRI検査の必要性を理解し、検査に対する問診および説明を受け、検査を受けることを同意いたします。

(患者様が未成年または付き添いが必要な方はご家族や代理の方でご署名をお願いいたします。)

令和 年 月 日

ご本人のご署名

印

代理の方のご署名

印

(続柄：)

公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC)

地域医療連携室